

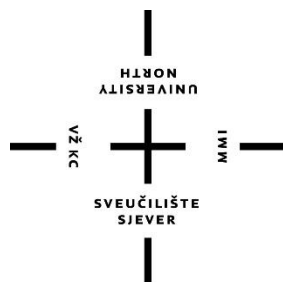
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 894/SS/2017

**Procjena sklonosti depresiji kod starijih osoba
smještenih u instituciju i izvan nje**

Vlatka Kivač, 0212/336

Varaždin, rujan 2017.



Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 894/SS/2017

Procjena sklonosti depresiji kod starijih osoba smještenih u instituciju i izvan nje

Student:

Vlatka Kivač, 0212/336

Mentor

Melita Sajko, dipl.med.techn.

Varaždin, rujan 2017. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Vlatka Kivač	MATIČNI BROJ	0212/336
DATUM	10.07.2017.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Procjena sklonosti depresiji kod starijih osoba smještenih u instituciju i izvan nje		

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Assessment of Tendency to Depression in Elderly Located In and Outside the Institution

MENTOR	Melita Sajko, dipl.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Hrvoje Hećimović, predsjednik		
	2. Melita Sajko, dipl.med.techn., mentor		
	3. izv.prof.dr.sc. Goran Kozina, član		
	4. Marijana Neuberg, mag.med.techn., zamjenski član		
	5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	894/SS/2017
OPIS	<p>Kako se životni vijek znatno produžio, a sam način života postao užurbaniji nego prije, sve više starijih osoba boluje od depresije- jedne od danas najpoznatijih poremećaja mentalnog zdravlja. Depresija je prisutna u 10-15% starijih osoba stoga je jedna od najčešćih duševnih poremećaja u starosti. Depresivan bolesnik je potišten, smanjene energije, interesa i volje, s jakim osjećajem krivnje i samooptuživanja, smetnjama samokonzentracije, gubitkom sna i teka, uz česte suicidalne misli i pokušaje suicida. Depresija je često kod starijih osoba povezana sa tjelesnim bolestima, stoga uzrokuje povećanje morbiditeta. Glavni cilj liječenja depresije kod starijih osoba je prevencija suicida. Važnu ulogu kod depresivnih bolesnika ima medicinska sestra koja svojim znanjem i vještinama sudjeluje u prevenciji suicida te pruža potporu bolesniku kada mu je to potrebno. Cilj rada je prikazati prisutnost depresije kod starijih osoba smještenih u institucije i izvan njih, te usporediti dobivene rezultate.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none">- definirati pojam depresije- definirati obilježja i uzroke depresije- prikazati etiopatogenezu i čimbenike rizika za depresiju kod starijih osoba- prikazati načine liječenja depresije kod starijih osoba- opisati najčešće sestrinske dijagnoze i intervencije kod starijih osoba sa sklonošću depresiji ili depresijom- prikazati i analizirati rezultate dobivene istraživanjem

ZADATAK URUČEN

01.09.2017



POTPIS MENTORA

[Signature]

Predgovor

Na samom završetku ovim radom htjela bih zahvaliti svojoj obitelji koja je bila uz mene u dobrim i lošim trenucima tokom cijelog obrazovanja. Bili ste mi velika potpora i bez vas to nebi uspjela zato vam od srca hvala. Zahvaljujem svim divnim osobama koje sam upoznala na sveučilištu, uljepšali ste mi dane provedene u studentskim klupama. Veliko hvala mojim tetkama i tetku, mojoj baki i mojem bratu, bili ste mi velika podrška. Veliko hvala mom prijatelju Alenu koji me uvijek motivirao da izdržim i bio mi potpora u svemu. Od srca hvala svim ljudima koji su vjerovali u mene i molili se Bogu da uspijem. Posebno hvala mentorici Meliti Sajko, dipl.med.techn. na dostupnosti, savjetima i idejama, te cjelokupnoj pomoći prilikom izrade završnog rada.

Sažetak

Depresije su psihički poremećaji čija su bitna obilježja promjene raspoloženja, utučenost, pomanjkanje radosti, čuvstvena praznina, bezvoljnost, gubitak interesa i niz tjelesnih tegoba. Depresivan bolesnik je potišten, smanjene energije, bezvoljan, s jakim osjećajem krivnje i samooptuživanja, smetnjama samokoncentracije, gubitkom sna i teka, uz česte suicidalne misli i pokušaje suicida. Usamljenost i gubitak bračnog supružnika vrlo često su glavni problemi zbrinjavanja osoba starije životne dobi. Gubitak potpore u obitelji i preseljenje u novu okolinu također utječe na zdravlje starije osobe. Depresija se može prezentirati i uz anksioznost. Depresija se smatra najčešćom mentalnom bolesti kod osoba starije životne dobi. Od depresije boluje 10-15% starijih osoba. Procjenjuje se da će do 2040. godine biti oko 25% depresivnih osoba starije životne dobi. Kod starijih osoba, često se depresija smatra normalnom pojavom koja je povezana sa starenjem. Depresivni poremećaj se češće javlja kod ženskih osoba. Lječenje depresivnih epizoda je danas vrlo uspješno. Kod blage depresije ponekad je dovoljan samo razgovor sa prijateljem ili nekom osobom od povjerenja. Danas se farmakoterapijom liječe gotovo svi depresivni poremećaji, ali kod starijih osoba treba se dodatno paziti na samu dozu zbog konzumacije više vrsta lijekova. Medicinska sestra/tehničar se često susreće sa depresivnim pacijentima i ima značajnu ulogu u njihovoj skrbi. Važno je da se simptomi prepoznaju na vrijeme kako bi se bolest mogla pravodobno tretirati.

Cilj je ovog istraživanja bio ispitati postotak depresivnih poremećaja starijih osoba smještenih u instituciju i izvan nje na području Međimurske županije. U istraživanju su anketirane slučajno odabrane osobe starije od 65 godina koje su smještene u Dom za starije i nemoćne osobe i one koje žive u vlastitom kućanstvu. Za istraživanje je korišten upitnik preuzet sa stranice Centra za zdravstvenu gerontologiju NZJZ „Dr. Andrija Štampar“ pod nazivom „Gerijatrijska skala depresije“. Anketirano je 52 ispitanika, od kojih se 22 nalazi u Domu za starije i nemoćne. Prema dobivenim rezultatima je vidljivo da ima više depresivnih osoba koji se nalaze u Domu za starije i nemoćne. Dobiveni podaci su obrađeni deskriptivnim statističkim metodama i prikazani grafički.

KLJUČNE RIJEČI: depresija, osobe starije životne dobi, medicinska sestra

Abstract

Depression are psychological disorders which are essential features of mood swings, depression, lack of joy, emotional emptiness, apathy, loss of interest and other physical ailments. Depressed patient is depressed, reduced energy, apathetic, with a strong sense of guilt and self-incrimination, lack of concentration, loss of sleep and appetite, with frequent suicidal thoughts and suicide attempts. Loneliness and loss of a spouse often have major problems taking care of the elderly. The loss of support in the family and moving to a new environment also affects the health of the elderly. Depression can be present and with anxiety.

Depression is considered to be the most common mental illness in the elderly. Depression affects 10-15% of the elderly. It is estimated that by 2040 will be about 25% of depressed elderly. In the elderly, often depression is considered a normal occurrence that is associated with aging. Depressive disorders are more common in women. Healing depressive episodes is now very successful. For mild depression, sometimes is enough just to talk with a friend or a person of trust.

Today pharmacotherapy cure almost all depressive disorders, but in the elderly should be extra careful on the very dose due to consumption of many types of medicines. The nurse often meets with depressed patients and plays a significant role in their care. It is important to recognize the symptoms in time to disease could be treated in a timely manner.

The aim of this study was to examine the percentage of depressive disorders of older people placed in the institution and outside it in Međimurje. The study surveyed randomly selected persons aged 65 or over. For the study is used a questionnaire taken from the Center for Health Gerontology NZJZ "Dr. Andrija Štampar called „Geriatric Depression Scale“. Surveyed 52 respondents, which 22 are living in the Home for the elderly and disabled. The results shows that there are more depressed people who are in the house for the elderly and infirm. The data were processed descriptive methods and shown graphically.

Key words: depression, elderly, nurse

Popis korištenih kratica

SZO= Svjetska zdravstvena organizacija

DSM-IV= Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja

ICD-od= Međunarodni sustav klasifikacije bolesti

SIPPS= Selektivni inhibitori ponovne pohrane seratonina

MMSE= Mini mental State Examination

EKG= Elektrokardiogram

CT= Kompjutorizirana tomografija

MR= Magnetska rezonancija

Fe= Željezo

EEG= Elektroencefalografija

GDS= Geriatric Depression Scale

TCA= Triciklički antidepresivi

EKT= Elektrokonvulzivna terapija

TMS= Transmagnetna stimulacija

HZZO= Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Mentalno zdravlje	3
3. Depresija.....	4
3.1. Obilježja depresije	4
3.1.1. Simptomatologija depresivnih stanja	4
3.2. Uzroci depresije	5
3.3. Vrste depresivnih poremećaja.....	7
4. Epidemiologija i rizični faktori.....	9
4.1. Rizični faktori	9
5. Liječenje depresije.....	11
5.1. Farmakoterapija	11
5.2. Elektrokonvulzivna terapija	12
5.3. Psihoterapija.....	12
6. Sestrinske dijagnoze kod bolesnika sa depresivnim poremećajem	14
7. Ciljevi istraživanja.....	20
8. Ispitanici i metode rada.....	21
9. Rezultati.....	22
10. Rasprava	31
11. Zaključak	35
12. Literatura	36
13. Prilozi	38

1. Uvod

U današnjem vremenu ubrzanog ritma života, u kojem su prisutne nagle životne promjene, brojne napetosti i nezadovoljstva u svezi sa svakodnevnim životnim događajima, mogu dovesti do mentalne bolesti pojedinca i cijele zajednice. Kvaliteta života unatrag nekoliko godina vidljivo je manja. Hrvatska gerontološka istraživanja potvrdila su kako je osamljenost glavni problem kod osoba starije životne dobi. Povećana tjelesna težina ili sa druge strane pothranjenost, dehidracija, socijalna izolacija, nepokretnost, sva ta obilježja koja se pojavljuju u starosti, povezana su sa depresijom. Depresija je bolest ili stanje koja je epidemijski u stalnom porastu što je i praćeno povećanim udjelom hrvatskog staračkog pučanstva. Postoji primarna i sekundarna preventivna zdravstvena mjera za osobe starije životne dobi. Osim doktora opće medicine kod liječenja depresije nužan je i psihogerijatar. Depresija se može vrlo uspješno liječiti ako se prepozna na vrijeme.[1]

Kod osoba starijih od 65 godina govorimo o „starosnoj depresiji“. Depresivne epizode kod starijih osoba pojavljuju se češće nego kod mlađe generacije. Iako se depresija kod starijih osoba često predvidi, mnogo pacijenata se godinama ne liječi. Neadekvatno liječenje ili ne liječenje vrlo je zabrinjavajuće za depresivne osobe, pa i za cijelu zajednicu u kojoj ta osoba živi. Stariji ljudi često se srame zatražiti pomoć, i kada ju potraže često prešućuju simptome depresije.[1]

U Republici Hrvatskoj pridaje se sve veća pozornost na rješavanje i educiranje javnosti o problemima mentalnog zdravlja. Jedna od najčešćih mentalnih bolesti prisutna u populaciji je depresija. Ne samo da se ubraja u najranije opisane bolesti u povijesti medicine već se ubraja i u najčešće psihičke poremećaje današnjice. Sama riječ „depresija“ dolazi od latinske riječi *depressio* odnosno *deprimere* što znači potišten, pritisnuti, udubiti ili potlačiti.[2]

S obzirom da je sve veći broj starog stanovništva, čak 10-15% osoba boluje od depresije. Depresija je najčešća mentalna bolest prisutna kod osoba starije životne dobi. U Hrvatskoj je već sada broj osoba starijih od 65 godina 17%, a procjenjuje se da će do 2040. godine biti oko 25%. Od velikog depresivnog poremećaja boluje 1-3% starijih osoba, dok 8-16% ima klinički značajne simptome depresije. Sama prognoza depresije

kod starijih osoba je vrlo nepovoljna, stoga vrlo često povećava smrtnost kod starijih osoba.[3]

Depresija u starijih osoba je heterogena skupina poremećaja nerijetko dijagnosticirana kao organski afektivni poremećaj (F06.3 prema MKB-10). U starijih osoba depresija dolazi u komorbiditetu s drugim neurološkim, psihijatrijskim i tjelesnim bolestima (npr. prevalencija depresije u oboljelih od Alzheimerove bolesti je 30 do 50%, a u 35% oboljelih od Parkinsonove bolesti depresija je klinički prisutna premda se svega 1% bolesnika žali na depresivne simptome).[3]

Depresije su psihički poremećaji čija su bitna obilježja promjene raspoloženja, utučenost, pomanjkanje radosti, čuvstvena praznina, bezvoljnost, gubitak interesa i niz tjelesnih tegoba.[4] Depresivan bolesnik je potišten, smanjene energije, interesa i volje, s jakim osjećajem krivnje i samooptuživanja, smetnjama samokoncentracije, gubitkom sna i teka, uz česte suicidalne misli i pokušaje suicida. Poremećaji ličnosti, anksiozni i fobični poremećaji, manija, tugovanje, svi ti poremećaji povezani su sa depresijom. Depresivno raspoloženje može se pojaviti kao odgovor na različite vrste gubitaka (gubitak tjelesnih funkcija, djela tijela, socijalno ekonomskog statusa, u slučajevima neizlječivih organskih bolesti i slično).[5] Bitnu ulogu u prepoznavanju različitih vrsta tugovanja ima medicinska sestra. Potrebno je prepoznati kada tugovanje prelazi iz normalne faze tugovanja u fazu tugovanja u kojoj je potrebna profesionalna pomoć pojedincu. Medicinska sestra/tehničar mora obratiti pažnju na sve moguće probleme vezane uz starost. Kako bi mogla prepoznati određena stanja potreban je individualni pristup svakoj starijoj osobi. Medicinska sestra/tehničar mora biti empatična, pokazati razumijevanje, ohrabriti pacijenta, postepeno aktivirati pacijenta u svakodnevne aktivnosti.[1]

2. Mentalno zdravlje

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira zdravlje kao stanje potpunog fizičkog, mentalnog i društvenog zdravlja, a ne samo odsutnost bolesti. Zaštita mentalnog zdravlja obuhvaća razne mjere i aktivnosti koje doprinose očuvanju zdravlja.

Prevenција duševnih poremećaja uključuje:

- primarnu prevenciju usmjerenu smanjenju incidencije duševnih/mentalnih poremećaja te podrazumijeva suzbijanje čimbenika rizika za razvoj duševnih/mentalnih poremećaja, kao i jačanje zaštitnih čimbenika (praćenje vulnerabilnih i rizičnih skupina),
- sekundarnu prevenciju usmjerenu smanjenju prevalencije duševnih/mentalnih poremećaja skraćivanjem njihovog trajanja ranim otkrivanjem i promptnim liječenjem;
- tercijarnu prevenciju usmjerenu smanjivanju težine bolesti i dizabiliteta (onesposobljenosti) vezanih uz određeni poremećaj liječenjem i medicinskom, radnom i socijalnom rehabilitacijom, skrbi za kvalitetu života te sprječavanje prijevremenog umiranja, uključujući prevenciju samoubojstava.[6]

SZO definira mentalno zdravlje kao stanje dobrobiti u kojem svaki čovjek shvaća svoj potencijal i može se nositi s normalnim životnim stresovima, raditi produktivno i plodonosno i može doprinositi svojoj zajednici. Mentalno zdravlje sastavni je dio općeg zdravlja te funkcioniranja pojedinca, obitelji, zajednice i društva. Danas se sve više govori o očuvanju mentalnog zdravlja kroz prevenciju i rehabilitaciju, multidiscipliniranoj suradnji, individualnom pristupu i slično.[7] Osnovna načela zbrinjavanja psihijatrijskog bolesnika su holistički pristup, poštovanje jednakosti ljudskog bića, privatnost i dostojanstvo, bezuvjetno prihvatanje, uključivanje klijenta, pomoć pri učinkovitoj prilagodbi. Nijedna sestrinska intervencija koja nije uključena u načelo ne može se smatrati stručnom intervencijom.[5]

3. Depresija

Depresije su psihički poremećaji čija su bitna obilježja promjene raspoloženja, utučenost, pomanjkanje radosti, čuvstvena praznina, bezvoljnost, gubitak interesa i niz tjelesnih tegoba.[4]

3.1. Obilježja depresije

Neke od najčešćih obilježja depresije su žalost, utučenost, neraspoloženje, slabost, bezvoljnost, pomanjkanje poticaja, neznade, bezvrijednost, besmislenost, sumnja u sebe, tjeskoba, nemir, nedostatak energije, poremećaj apetita, gubitak tjelesne težine, smanjeni libido, poremećaji spavanja, bolovi, teškoće s koncentracijom te samoubilačke misli.[4] Kao što možemo primjetiti na depresiju utječu brojna obilježja, ali ako nabrojena obilježja ne traju dugo ili nisu poprilično snažna ne znači da se radi o depresiji, već o normalnoj reakciji pojedinca. Točan prijelaz iz normalne reakcije pojedinca do pojave depresivnog poremećaja nije poznat.

3.1.1. Simptomatologija depresivnih stanja

Veliki depresivni poremećaj obilježen je jednom ili više depresivnih epizoda.[5] Kod same dijagnostike poremećaja možemo ih podijeliti prema:

PONAŠANJE/ MOTORIKA/ POJAVNOST

Držanje tijela: nemoćno, zgrbljeno, bez tonusa, usporenost pokreta, uzbuđenost, nervozan, nemir s puno pokreta, trljanje ruku i sl.

Izraz lica: tužan, plačljiv, zabrinut, kutovi usana prema dolje, naborano čelo, poput maske ukočena mimika, koja je katkada i nervozna i napeta

Govor: tih, monoton, polagan

Općenito smanjena razina aktiviteta sve do stupora, malo promjena, smanjen radijus kretanja, problemi u svladavanju svakodnevnih zahtjeva.[4]

EMOCIONALNI SIMPTOMI

U emocionalne simptome spadaju osjećaji utučenosti, bespomoćnosti, žalosti, beznada, gubitka, napuštenosti, osamljenosti, unutarnje praznine, nezadovoljstva, krivnje, neprijateljstva, strepnje i zabrinutosti, pomanjkanja osjećaja i udaljenosti od svijeta.[4]

VEGETATIVNI SIMPTOMI

Tu spadaju: unutarnji nemir, napetost, razdražljivost, plačljivost, iscrpljenost, slabost, poremećaji spavanja, dnevne i uz godišnje doba vezane promjene stanja, osjetljivost na meteorološke promjene, gubitak apetita i tjelesne težine, pomanjkanje libida, opće vegetativne tegobe (među ostalima i pritisak u glavi, želučane i probavne tegobe). Prilikom dijagnosticiranja treba obratiti pažnju na: krvni tlak, razinu šećera u krvi, nedostatak kalcija, količinu šećera u krvi, pomanjkanje ili povećanje serotoninina/adrenalina itd.[4]

ZAMIŠLJENI- KOGNITIVNI SIMPTOMI

To su negativni stavovi prema sebi (kao osobi, prema vlastitim sposobnostima i vlastitom izgledu) i prema budućnosti (npr. zamišljanja slijepe ulice, crne rupe), prisutnost pesimizma, stalno prisutno samokritiziranje, nesigurnost, hipohondrija, siromaštvo ideja, otežano mišljenje, problemi s koncentracijom, cirkularno mišljenje, očekivanje kazni ili katastrofa, sumanute ideje, npr. krivnje, nedostatnosti ili osiromašenja; rigidna razina postavljanja zahtjeva, nihilističke zamisli o bezizlaznosti i besmislenosti vlastitoga života, suicidalne ideje.[4]

MOTIVACIJSKA RAZINA

Usmjerenost na neuspjeh, povlačenje ili izbjegavanje, strah ili bijeg od odgovornosti, doživljaj gubitka kontrole i bespomoćnosti, gubitak interesa, gubitak potkrepljenja, pomanjkanje poticaja, nemogućnost donošenja odluka, osjećaj preopterećenosti, povlačenje sve do samoubojstva ili povećane ovisnosti o drugima. [4]

3.2. Uzroci depresije

Kako starimo uzroci depresije su sve izraženiji zbog normalnoga procesa starenja koji čini osobu slabijom i mentalno i fizički. Postoje brojne teorije koje se tiču depresije kod starijih osoba. Neke teorije naglašavaju samo fizičke faktore koje se odnose na starenje, a neke pridodaju više pažnje socijalnim okolnostima. U nekim slučajevima utječu i oba faktora.[2] Strah od smrti ili umiranja, te osjećaj slabosti jedan je od glavnih uzroka depresije u starijoj životnoj dobi. Gubitak supružnika ili voljene osobe, samoća, razočarenje, osjećaj napuštenosti, strah za članove obitelji, nedostatak emotivne podrške od strane obitelji, gubitak samostalnosti, osjećaj beskorisnosti, također mogu biti važni uzroci depresije kod starijih osoba.[1] Jarvik i Perl (1981)

smatraju da je depresija kod starijih osoba povezana sa tjelesnim bolestima [2] Stoga možemo spomenuti neke kronične bolesti (psihički poremećaji, dijabetes), nekontrolirana hipertenzija, paraliza, moždani udar, prijelomi udova, nepokretnost, nutritivni nedostatak, malnutricija, dehidracija, dugotrajna terapija lijekovima i nuspojave lijekova te psihosocijalni faktori (npr. gubitak nade, gubitak karijere) dodatni su potencijalni uzroci depresije starijih.[1] Na sam razvoj depresije utječe niz brojnih medicinskih, psiholoških i socijalnih faktora. Najznačajniji uzroci koje možemo izdvojiti su: tjelesna bolest, lijekovi, žalovanje, rat, umirovljenje, razmišljanja o životu, suočavanje sa smrću. U studiji sa 900 ispitanika starijih od 65 godina, nađeno je 44% osoba koji su bili istodobno i depresivni i tjelesno oboljeli. [2] Neke od bolesti uz koje se depresija može pojaviti su: Alzheimerova i Parkinsonova bolest, moždani udar i druge bolesti mozga, tumor, Multipla skleroza, dijabetes, bolesti lokomotornog sustava, poremećaji sna i rada endokrinih žlijezda. Depresija vrlo često ostaje neprepoznata zbog preklapanja simptoma depresije i određene bolesti od koje osoba pati. Kada govorimo o simptomima oni mogu biti izravna posljedica bolesti, ali i posljedica liječenja lijekovima. Isto tako i moždani udar može izazvati depresiju. Normalno funkcioniranje određenih dijelova mozga ima ključnu ulogu u sprječavanju ili liječenju depresije. Jedan takav dio je prefrontalni korteks mozga. Još jedan veoma važan dio za mentalno zdravlje smješten je duboko u unutrašnjosti mozga, bazalni gangliji. Neka istraživanja su pokazala da kod depresivnih osoba postoji veća šansa da će prethodno imati tragove blažih moždanih udara na bazalnim ganglijima. Kada su u pitanju osobe koje su imale prepoznatljive znakove moždanog udara, 40% će biti depresivno tri do četiri mjeseca nakon moždanog udara. Infarkt miokarda također povećava rizik od depresije. Osobe koje su preboljele infarkt miokarda od 100 ispitanika čak njih 23% ima simptome teškog oblika depresije. Vrlo često i lijekovi mogu potaknuti razvoj depresije. Kod starijih osoba najčešće reakcije su na razne gubitke. Žalovanje je neproporcionalno zastupljeno među starijima. Depresivne osobe često se žale na osamljenost. Najveći stres u životu je definitivno gubitak bračnog partnera. Kod velikog broja osoba koje su izgubile bračnog supružnika javlja se teška i dugotrajna depresija. Muškarci teže podnose smrt supruge, osjećaju se izgubljeno i bespomoćno, te se velik broj njih ponovno oženi. Još jedna velika prekretnica u životu je umirovljenje. Za starije osobe je to jedno od najvećih problema, sa kojima se često ne znaju nositi te zbog toga nastupa potištenost koja vodi do dugotrajne depresije. Preseljenje u novu sredinu također se pokazalo kao vrlo stresno razdoblje u ljudskom životu. U istraživanju na 454 uzastopna

nova odlaska u starački dom prikazano je da 12,6% novopridošlih imaju depresivni poremećaj, a 18% depresivne simptome, od kojih većinu osoblje doma nije prepoznalo i ostali su netretirani. Ista je studija pokazala povećanje od 59% moguće smrtnosti u godini odlazaka u starački dom za osobe koje pate od depresije.[1,2]

3.3. Vrste depresivnih poremećaja

Kroz psihijatrijsku povijest spominju se različite podjele depresije. Danas za klasifikaciju poremećaja koristi se DSM-IV i ICD-10 sustav. Oba sustva provode deskriptivni i pouzdan dijagnostički postupak koji je utemeljen na znanstvenim podacima. Također, depresije se definiraju i prema određenim simptomima i tako se svrstavaju u određenu podgrupu. O depresivnoj epizodi možemo govoriti kada osoba ima najmanje pet simptoma (gubitak teka, strah, nesanica, razdražljivost, plač bez određenog razloga i sl.) i traje najmanje dva tjedna. Depresivne epizode smatraju se „laganima“ kada se istodobno pojavljuje 4-5 simptoma, „umjerenima“ ako ih postoji od 6-7, a „teškim“ kada je utvrđeno 8 ili više simptoma.[4]

Unipolarna depresija- najčešći je oblik afektivnog poremećaja.[4] Najčešće nastaje kod bolesnika koji nikad nisu pokazali simptome manije (povišeno, nesuzdržano ili razdražljivo raspoloženje) ili hipomanije (povišeno ili razdražljivo raspoloženje u abnormalnom opsegu za pogođenu osobu, traje najmanje četiri uzastopna dana), ali ne možemo sa sigurnošću to potvrditi. Dijagnoza se može postaviti kada se bolest ponovi dva ili više puta.[7]

Bipolarna depresija- depresivna faza bipolarnog afektivnog poremećaja. Vrlo teško je razlikovati bipolarnu od unipolarne depresije zbog vrlo slične kliničke slike. Osoba raspoloženje ne može kontrolirati te ono varira od manije do depresije.

O *psihotičnoj depresiji* govorimo kada su prisutne sumanute ideje i halucinacije. Kada govorimo o ovakvoj vrsti depresije vrlo često se javlja osjećaj krivnje, grijeha, osiromašenja ili pak kazne.

Kronični afektivni poremećaj- Distimije su dugotrajni, kronični afektivni poremećaji, čija simptomatologija ne udovoljava za depresivnu epizodu. Ono traje ili se često vraća u razdoblje od dva tjedna. A ciklotimije su dugotrajni, oslabljeni bipolarni afektivni poremećaji, kod kojih se razdoblja disforičnog raspoloženja izmjenjuju s euforičnim,

hipomaničnim simptomima, ne zadovoljavajući pri tome kriterije za bipolarni poremećaj. Traje najmanje dvije godine. [4]

Sekundarna depresija- naziva se još i depresijom zbog drugih medicinskih stanja. Javlja se kod osoba npr. koje boluju od raznih endokrinoloških bolesti, neuroloških bolesti, te kod primjene različitih lijekova (kortikosteroidi, digitalis, indometacin i sl). Prvo je uvijek potrebno liječiti osnovnu bolest, a kao pomoćna terapija mogu se koristiti i antidepresivi.[7]

4. Epidemiologija i rizični faktori

Svatko od nas je barem jednom u životu doživio blagu depresiju. Depresija je u populaciji prisutna od 5-10%, a procjenjuje se da je rizik oboljevanja oko 20-30%. Žene češće obolijevaju nego muškarci.[8] Svaka peta žena (26%) i svaki deseti muškarac (12%) tijekom života dožive barem jednu ozbiljnu depresivnu epizodu. Procjenjuje se da oko 50% depresivnih bolesnika ostaje neprepoznato, dok se njih oko 70% ne liječi, a njih samo 10% liječi se sukladno suvremenim terapijskim načelima. Osobe koje se ne liječe, čak njih 15% počinu samoubojstvo, dok je broj pokušaja znatno veći. U Republici Hrvatskoj ima oko 200 000 depresivnih osoba. 1990. godine bila je četvrti javnozdravstveni problem u svijetu, a procjenjuje se da će do 2020. godine biti rangirana na drugom mjestu kao janozdravstveni problem.[9] Urbana sredina ima višu stopu prevalencije depresije od ruralne sredine (Meltzer,1995). Povišeni rizik pojavljivanja depresivnog poremećaja postoji kod pojavljivanja depresije u obiteljskoj anamnezi, alkoholizma i gubitka roditelja prije 11-te godine života.[10] Broj osoba sa depresivnim poremećajem se povećava te uzrokuje velike gubitke u zajednici.

4.1. Rizični faktori

Postoje brojni rizični faktori za depresivni poremećaj koji se mogu pojaviti kod osoba starije životne dobi. Neki od faktora mogu biti preseljenje u instituciju za starije i nemoćne, smrt bliske osobe, samački život, kronična bol, odlazak djece, gubitak samostalnosti i slično. [11]

Čimbenici rizika prema biopsihosocijalnom modelu su:

Biološki čimbenici

- genetski (npr. abnormalnosti gena za prijenosnika serotonina)
- ženski spol
- gubitak neurona i narušena neurotransmisija
- endokrinološke promjene (duže vrijeme povišene vrijednosti kortizola)
- cerebrovaskularna bolest (subkortikalne vaskularne promjene na mozgu)
- tjelesne bolesti (kardiovaskularna bolest)

- drugi psihički poremećaji (dugotrajni anksiozni poremećaj)

Psihološki čimbenici

- crte ličnosti (ambivalencija, nemoć, pasivno ovisne ličnosti)
- nisko samopoštovanje
- gubitak kapaciteta za prisnost
- kognitivne distorzije (npr. osjećaj napuštenosti kada su ostavljeni sami čak i kratko vrijeme)

Socijalni čimbenici

- stresni životni događaji (gubitak prijatelja, supružnika, preseljenje)
- žalovanje
- usamljenost
- kronični stres (život u neprimjerenom okruženju)
- nizak socio-ekonomski status [3]

5. Liječenje depresije

Sve više osoba obolijeva od depresije, koja se pojavljuje kod svake osobe drugačije. Svaki oblik depresije može se liječiti uz propisanu terapiju. Kako je medicina napredovala tako se i broj liječenih osoba povećao. Još uvijek postoji velik broj ljudi koji se ne liječe, ali uz razne preventivne programe te smanjenje stigme prema psihijatrijskim bolesnicima putem medija, smatra se da će se broj neliječenih ljudi smanjiti. Smatra se da oko pola čovječanstva je bar jednom imalo blagu depresiju. Za takvu vrstu depresije nije potrebna, ali nije ni na odmet farmakoterapija. Vrlo često najbolja terapija za takvu vrstu depresije je razgovor sa prijateljem, psihologom ili nekom drugom osobom od povjerenja. Takva terapija naziva se *suportivna terapija*. Kada depresija postaje ozbiljnija tada je potrebno nešto više od suportivne terapije. Davno prije primjenu antidepresiva mogao je ordinirati samo specijalist psihijatar, dok danas kod blage i umjerene depresije terapiju ordinira liječnik opće medicine. Uz promjenu doze i duljine primjene antidepresiva, uspješnije je liječenje depresivnog bolesnika. Farmakoterapija pokazala se vrlo uspješnom u brobi protiv depresije, a kod zahtjevnijih slučajeva može se koristiti i elektrokonvulzivna terapija. [2,7]

5.1. Farmakoterapija

Antidepresivi su skupina lijekova vrlo različitog mehanizma djelovanja i strukture sa zajedničkim svojstvom da kod visokog postotka depresivnih osoba dovode do djelomičnog ili potpunog povlačenja depresivnih simptoma i znakova.[7] Kod starijih osoba potrebno je dobro izabrati i poznavati antidepresive radi interakcije s drugim lijekovima. Kada se pojavi nuspojava na određeni lijek potrebno je korigirati dozu ili promijeniti lijek. Liječenje je potrebno započeti niskom dozom, te ju polagano povećavati poštujući pri tome maksimalni raspon doze. Kada se radi o starijim osobama korisno je pojednostaviti terapijsku shemu. Preporuča se izbjegavati kombinacije više lijekova. Antidepresivi kod starijih osoba svakako su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS). SIPPS kod starijih osoba ima dobru učinkovitost te ga vrlo dobro podnose. Dijagnostički postupci koji su obavezni kod depresije starijih osoba su: probir (GDS), anamneza, heteroanamneza, mini-mental test (MMSE), tjelesni pregled, EKG, rutinske laboratorijske pretrage. Ako je potrebno može se napraviti CT/MR, razina vitamina B12, folata, Fe, feritin, hormona štitnjače u serumu, polisomnografija, EEG. Kod osoba s jetrenom disfunkcijom, osim SIPPS-a pokazali su se učinkoviti i tianeptin, reboksetin i mirtazapin. Ako liječenje maksimalnom dozom antidepresiva nakon četiri

tjedna nije zadovoljavajuće, tada se mijenja lijek unutar SIPSS skupine. Kada je poboljšanje djelomično, tada se terapija ne ukida, već se osoba prati 9-12 tjedana. Kada se lijek mijenja, prvi lijek se potpuno mora ukinuti. Liječenje antidepresivom treba nastaviti tijekom najmanje 6-12 mjeseci. Gerontopsihijatar preporučuje minimalno 12 mjeseci nastaviti liječenje nakon prve epizode, 24 mjeseca za drugu, a najmanje tri godine za treću ili više epizoda. Kod psihotičnih depresija antipsihotike se obično preporučuje nastaviti kroz šest mjeseci s postupnim ukidanjem lijeka u skladu s kliničkim poboljšanjem stanja bolesnika. Uz SIPSS osobe koje dobro podnose njegove nuspojave mogu koristiti tricikličke antidepresive (TCA). Nuspojave koje se mogu javiti prilikom korištenja TCA su antikolinergičke nuspojave: suhoća usta, smetenost, poteškoće pamćenja, delirij, zamagljen vid, pogoršanje glaukoma, retencija urina i konstipacija. Zbog njihova učinka na rad srca kod bolesnika je nužno redovito pratiti EKG. Isto tako i SIPSS skupina kod nekih bolesnika može dovesti do nuspojava kao što su pretjerana aktivacija, poremećaji spavanja, tremor, glavobolja, gastrointestinalne smetnje, hiponatrijemija, gubitak tjelesne mase.[3]

5.2. Elektrokonvulzivna terapija

Elektrokonvulzivna terapija uključuje prolazak električne struje od 70 do 130 volti kroz jednu pacijentovu sljepoočnicu do druge u razdoblju kraćem od sekunde. [2] Koristi se samo kod teške depresije i to tri puta tjedno od 6-12 tretmana. EKT se pokazala kao učinkovita terapija depresije, iako se danas slabo koristi. Vrlo brzo djeluje, te pokazuje značajnu efikasnost kod pacijenata koji su skloni samoubojstvu.[4] Iako je vrlo povoljna za pacijenta također su prisutne i nuspojave kao što su srčane aritmije, hipertenzivne krize, smetenost, amnezija, glavobolja, rijetko epileptički status ili kompresijske frakture kralježaka (posebice kod žena s osteoporozom). [2]

5.3. Psihoterapija

Psihoterapija je oblik liječenja koji uključuje razgovor i edukaciju, a ne lijekove ni EKT, iako se često kombinira s njima psihoterapija uključuje behavioralnu modifikaciju i kognitivnu terapiju. Kod biheviornalne terapije prvi korak je potaknuti depresivnu osobu da misle o depresiji kao o nedostatku vještine koja se može nadmašiti novim i boljim vještinama. Takva vrsta terapije uključuje trening relaksacije, povećanje ugodnih aktivnosti, povećanje socijalnih vještina, borba protiv negativnih kognicija. Dok se kognitivna terapija temelji na pretpostavci da je depresija rezultat negativnih misli,

stavova, vjerovanja, očekivanja i slično. Pacijenta se uči da indentificira takve obrasce misli, kako da vjeruje u sebe i ljudima oko njega. Kod najtežih depresivnih pacijenta kombinira se bihevioralna, psihodinamska i kognitivna terapija koje su se pokazale vrlo učinkovite. [4] Terapija svjetlom i transmagnetna stimulacija (TMS), s obzirom da u nas nisu refundirane preko Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO), vrlo rijetko se za sada u praksi provode u općoj populaciji, a u populaciji starijih još i rjeđe. [3]

6. Sestrinske dijagnoze kod bolesnika sa depresivnim poremećajem

Sestrinska dijagnoza je aktualan ili potencijalni zdravstveni problem koji su medicinske sestre s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene tretirati. (M. Gordon 1982.). [12] Glavni cilj kod bolesnika oboljelog od depresivnog poremećaja je smanjenje osjećaja bezvrijednosti, beznada i bezpomoćnosti, a jedan od najvažnijih ciljeva je zaštita bolesnika od suicidalnosti. [5] Neke od najčešćih sestrinskih dijagnoza za bolesnike sa depresivnim poremećajem su:

1. ANKSIOZNOST

Nejasan osjećaj neugode i/ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti.

Kritični čimbenici

1. Dijagnostičke i medicinske procedure/postupci.
2. Izoliranost (osjećaj izolacije).
3. Smanjena mogućnost kontrole okoline.
4. Strah od smrti.
5. Interpersonalni konflikti.
6. Promjena uloga.

Vodeća obilježja

1. Hipertenzija, tahikardija ili tahipneja
2. Razdražljivost
3. Umor
4. Verbalizacija straha i napetosti
5. Osjećaj bespomoćnosti

Mogući ciljevi

1. Pacijent će moći prepoznati i nabrojiti znakove i čimbenike rizika anksioznosti.
2. Pacijent će se pozitivno suočiti s anksioznosti.

Intervencije

1. Stvoriti profesionalan empatijski odnos - pacijentu pokazati razumijevanje njegovih osjećaja.
2. Stvoriti osjećaj sigurnosti. Biti uz pacijenta kada je to potrebno.
3. Opažati neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresije...).
4. Pacijenta upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima.
5. Redovito informirati pacijenta o tretmanu i planiranim postupcima.
6. Poučiti pacijenta postupcima/procedurama koje će se provoditi.
7. Koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju pacijenta.
8. Omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju odluka.
9. Potaknuti pacijenta da potraži pomoć od sestre ili bližnjih kada osjeti anksioznost.
10. Potaknuti pacijenta da prepozna situacije (činitelje) koji potiču anksioznost.
11. Potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje.
12. Pomoći i podučiti pacijenta vođenju postupaka smanjivanja anksioznosti:
 - vođena imaginacija/vizualizacija ugodnih trenutaka
 - vježbe dubokog disanja i mišićne relaksacije
 - okupacijska terapija (glazboterapija, likovna terapija)
 - humor
 - terapijska masaža i dodir

Mogući ishodi / Evaluacija

1. Pacijent prepoznaje znakove anksioznosti i verbalizira ih.
2. Pacijent se pozitivno suočava s anksioznosti - opisati
3. Pacijent se negativno suočava s anksioznosti - opisati
6. Tijekom boravka u bolnici nije došlo do ozljeda.
7. Tijekom boravka u bolnici je došlo do ozljeda (opisati ozljede)[13]

2. SOCIJALNA IZOLACIJA

Stanje u kojemu pojedinac ima subjektivni osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanosti s drugima, ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt.

Kritični čimbenici

1. Psihički poremećaj
2. Zarazna bolest
3. Neizlječiva bolest
4. Ovisnosti
5. Dugotrajna izloženost stresu

Vodeća obilježja

1. Izražavanje osjećaja usamljenosti
2. Nesigurnost u socijalnim situacijama
3. Opisivanje nedostatka kvalitetnih međuljudskih odnosa
4. Izražavanje potrebe za druženjem
5. Osjećaj tuge i dosade
6. Zaokupljenost svojim mislima

Mogući ciljevi

1. Pacijent će identificirati razloge osjećaja usamljenosti

2. Pacijent će tijekom hospitalizacije razvijati pozitivne odnose s drugima

Intervencije

1. Provoditi dodatno dnevno vrijeme s pacijentom
2. Uspostaviti suradnički odnos
3. Poticati pacijenta na izražavanje emocija
4. Poticati pacijenta na uspostavljanje međuljudskih odnosa
5. Poticati pacijenta na razmjenu iskustava s drugim pacijentima
6. Podučiti pacijenta asertivnom ponašanju
7. Ohrabrivati ga i pohvaliti svaki napredak

Mogući ishodi/evaluacija

1. Pacijent navodi razloge osjećaja usamljenosti
2. Pacijent tijekom hospitalizacije aktivno provodi vrijeme sa ostalim pacijentima[13]
3. VISOK RIZIK ZA SUICID

Visok rizik za suicid je stanje u kojem je pojedinac u opasnosti zbog postojanja rizika počinjenja suicida.

Kritični čimbenici

1. suicidalne misli
2. prijašnji pokušaji suicida
3. depresija
4. beznade
5. agitiranost
6. zlouporaba opojnih tvari

Mogući ciljevi

1. bolesnik si neće namjerno nauditi tj.oduzeti život
2. bolesnik će prihvatiti pomoć osoblja i zajednice pri pojavi suicidalnih misli

Intervencije

1. kontinuirano pratiti i procijenjivati razinu rizika za suicid

2. osigurati sigurnu okolinu za osobe koju su pod povećanim rizikom suicida (ukloniti potencijalno opasne predmete, nadzirati bolesnika pri primjeni terapije, pratiti unos hrane)
3. poticati bolesnika na verbalizaciju emocija (ljutnja, neprijateljstvo, strah)
4. ohrabrivati na izražavanje suicidalnih misli
5. na vrijeme uočiti nagle promjene u ponašanju
6. poticati na uključivanje u grupnu terapiju i uključiti obitelj u terapiju

Mogući ishodi/evaluacija

1. Bolesnik si nije namjerno oduzeo život
2. Bolesnik nije prihvatio pomoć osoblja i zajednice pri pojavi suicidalnih misli [14]

Osim od navedenih sestrinskih dijagnoza i intervencija, kod depresivnih osoba moguće su i sljedeće dijagnoze:

4. NESANICA

Mogući ciljevi

1. Bolesnik će ranije odlaziti na spavanje
2. Bolesnikov san će biti kvalitetniji.

Intervencije

1. Bolesnika uputiti na spavanje uvijek u isto vrijeme
2. Omogućiti mir i tišinu
3. Ukloniti ili smanjiti stres

Mogući ishodi/evaluacija

1. Bolesnik ne odlazi na spavanje ranije.
2. Bolesnikov san je kvalitetniji tijekom hospitalizacije.

5. TJESKOBA

Mogući ciljevi

1. Pacijent će pokušati utjecati na negativne misli i neugodne osjećaje
2. Pacijent će biti manje tjeskoban

Intervencije

1. Identificirati negativne misli/osjećaje
2. Utvrditi stvarnost negativnih misli
3. Zamjeniti negativne misli pozitivnima

Mogući ishodi/evaluacija

1. Pacijent je uspio odvratiti negativne misli i osjećaje.
2. Pacijent se i dalje osjeća tjeskobno (navesti zbog čega).

6. SMANJENA TJELESNA AKTIVNOST

Mogući ciljevi

1. Pacijent će biti tjelesno aktivniji

Intervencije

1. Poticati postavljanje i ostvarivanje malih ciljeva
2. Poticati pacijenta na lagane aktivnosti kao što su šetnja, tjelovježba
3. Poticati pacijenta u uključivanje u radnu terapiju
4. Poticati pacijenta na održavanje urednog izgleda

Mogući ishodi/evaluacija

1. Pacijent je tjelesno aktivniji.[15]

7. Ciljevi istraživanja

Ciljevi ovog istraživanja su:

1. Ispitati postotak depresivnih poremećaja kod starijih osoba koje su smještene u institucijama
2. Ispitati postotak depresivnih poremećaja kod starijih osoba koje su smještene u svojim domovima
3. Prikazati i razraditi rezultate dobivene anketom

8. Ispitanici i metode rada

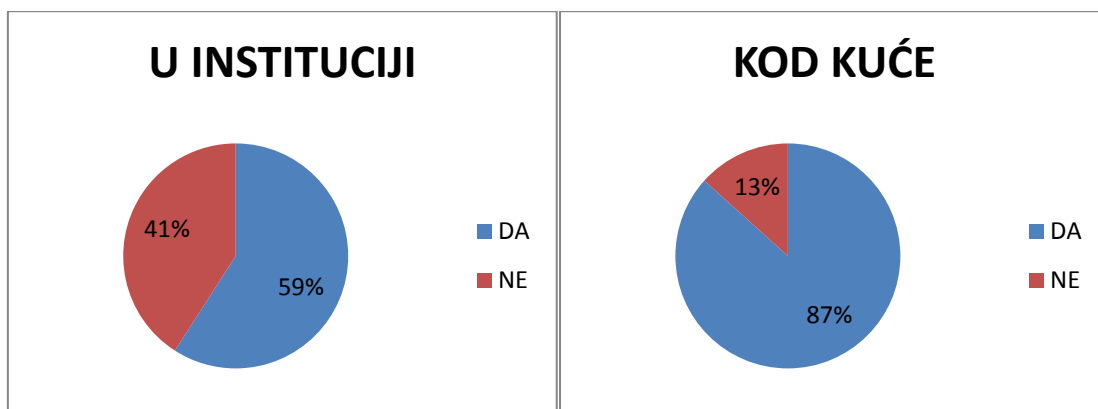
Istraživanje je provedeno na području Međimurske županije slučajnim odabirom ispitanika starijih od 65 godina, te u Domu za starije i nemoćne. Istraživanje je provedeno od 4. travnja do 30. svibnja 2017. godine te je bilo u potpunosti anonimno i dobrovoljno. U istraživanju je sudjelovalo sve zajedno 52 ispitanika, od kojih njih 22 živi u Domu za starije i nemoćne. U istraživanju su sudjelovale osobe starije od 65 godina.

U svrhu istraživanja preuzeta je anketa iz Centra za zdravstvenu gerontologiju NZJZ „Dr. Andrija Štampar“ pod nazivom „Gerijatrijska skala depresije“. Ispitivan je postotak depresivnih poremećaja kod osoba starije životne dobi. Anketa je sastavljena od 15 pitanja. Pitanja su bila jednostavna, kratka i jasna. U upitniku se zbrajaju odgovori sa DA ili NE. Odgovori se boduju jednim bodom. Ako je ukupna vrijednost od 0-4 bodova tada depresija nije prisutna. Ako je zbroj bodova između 5-9 tada govorimo o depresiji srednjeg intenziteta, a od 10-15 bodova o depresiji velikog intenziteta. Prosječno vrijeme za ispunjavanje ankete bilo je oko 10 minuta. U obradi i analizi podataka korišten je Microsoft Office Excel. Odgovor na svako pitanje prikazan je u grafičkom obliku.

9. Rezultati

Razultati istraživanja prikazani su grafički posebno za ispitanike koji žive u Domu za starije i nemoćne osobe, posebno za ispitanike koji žive kod svoje kuće te ih je moguće usporediti.

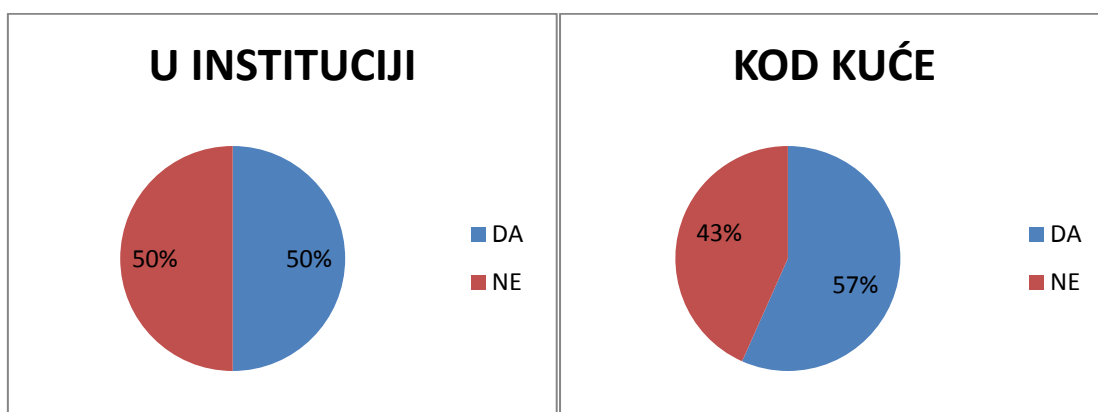
U grafikonu 9.1. prikazani su odgovori ispitanika na pitanje: „Jeste li zadovoljni svojim životom?“.



Grafikon 9.1. prikaz rezultata na pitanje: „Jeste li zadovoljni svojim životom?“

Na tvrdnju jeste li zadovoljni svojim životom potvrdno je odgovorilo 13 (59%) ispitanika smješteni u instituciju, te 26 (87%) ispitanika koji žive u svojoj kući. Nezadovoljno svojim životom bilo je 9 (41%) ispitanika u instituciji, te 4 (13%) ispitanika koji se nalaze u svojoj kući.

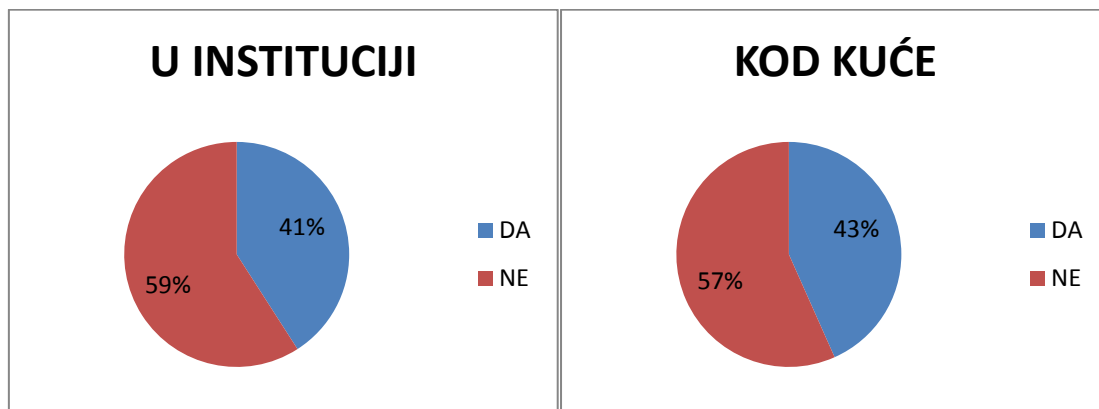
Grafikon 9.2. prikazuje odgovor na pitanje „Nemate više interesa za svoje aktivnosti?“



Grafikon 9.2. prikaz odgovora na pitanje: „Nemate više interesa za svoje aktivnosti?“

Ispitanici koji žive u instituciji (22) polovica (11) njih nije zainteresirana za svakodnevne aktivnosti, a polovica njih se bavi svakodnevnim aktivnostima. Ispitanici koji žive u svojim kućama 17 (57%) se redovito bavi svakodnevnim aktivnostima, dok 13 (43%) nije zainteresirano za bilo kakve aktivnosti.

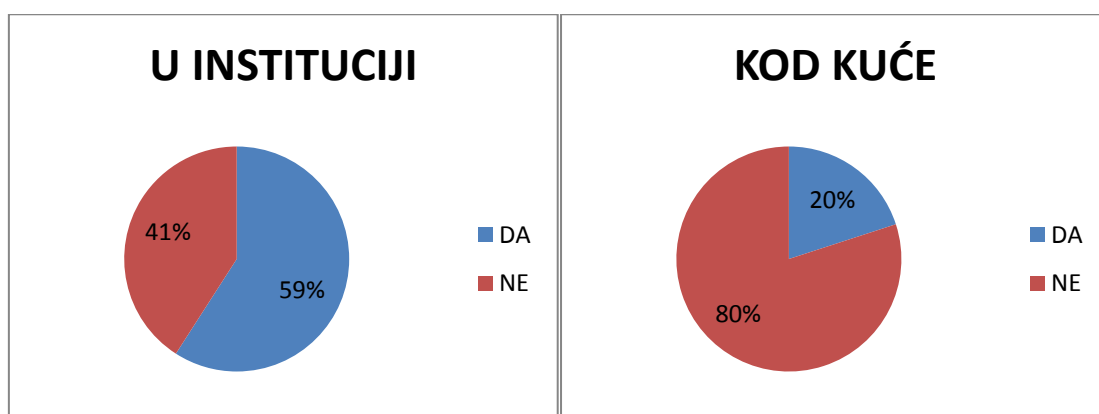
Grafikon 9.3. prikazuje odgovor na pitanje „Osjećate li da je vaš život neispunjen?“



Grafikon 9.3. prikazuje odgovore na pitanje: „Nemate više interesa za svoje aktivnosti?“

Sa tvrdnjom se slaže 9 (41%) ispitanika smješteni u instituciji i 13 (43%) ispitanika izvan nje. Nasuprot tome 13 (59%) ispitanika smješteni u instituciji se ne slaže sa tvrdnjom i 17 (57%) ispitanika koji žive u svojim kućama.

U grafikonu 9.4. prikazani su odgovori na pitanje: „Često vam je dosadno?“

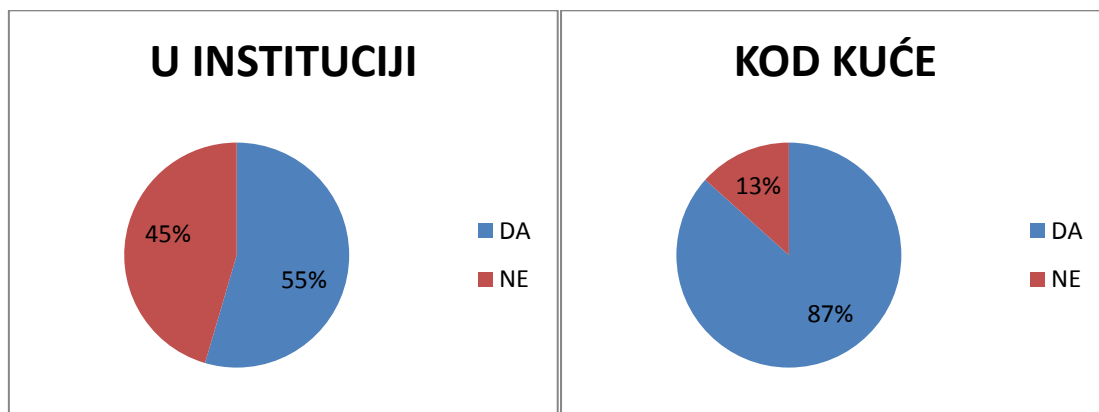


Grafikon 9.4. prikazani su rezultati na pitanje: „Često vam je dosadno?“

Od ukupnog broja ispitanika u Domu za starije i nemoćne 13 (59%) se često dosađuje, dok 9 (41%) ispitanika vodi vrlo zanimljiv život. Rezultati dobiveni od ispitanika koji

stanuju u svojim kućama prikazuje da 24 (80%) ispitanika vodi vrlo zanimljiv život, dok njih 6 (20%) se često dosađuje.

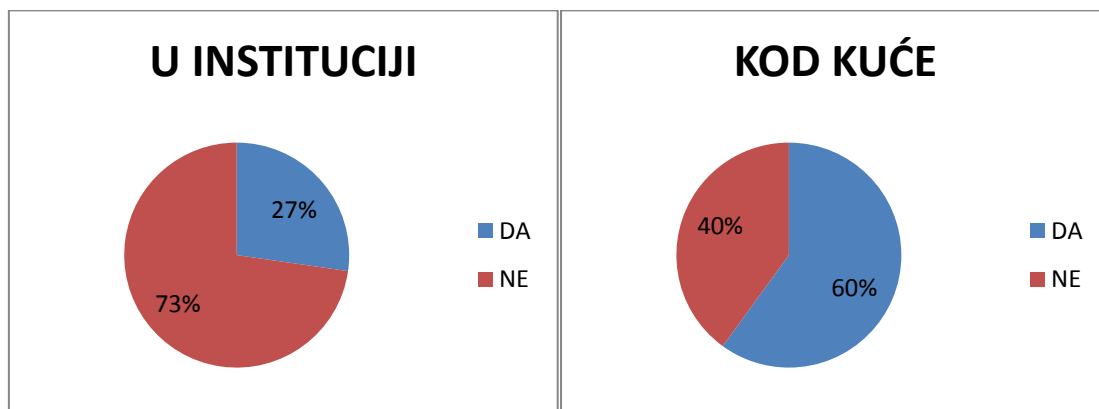
U grafikonu 9.5 prikazani su odgovori na pitanje: „Jeste li većinu vremena dobrog raspoloženja?“



Grafikon 9.5. prikazuje rezultate na pitanje: „Jeste li većinu vremena dobrog raspoloženja?“

Rezultati prikazuju da su većinu vremena vrlo dobrog raspoloženja 12 (55%) ispitanika smješteni u institucije i 26 (87%) ispitanika smješteni u svojim domovima. S druge strane, 10 (45%) ispitanika smještenih u instituciju je loše volje većinu vremena i 4 (13%) ispitanika koji žive izvan institucije.

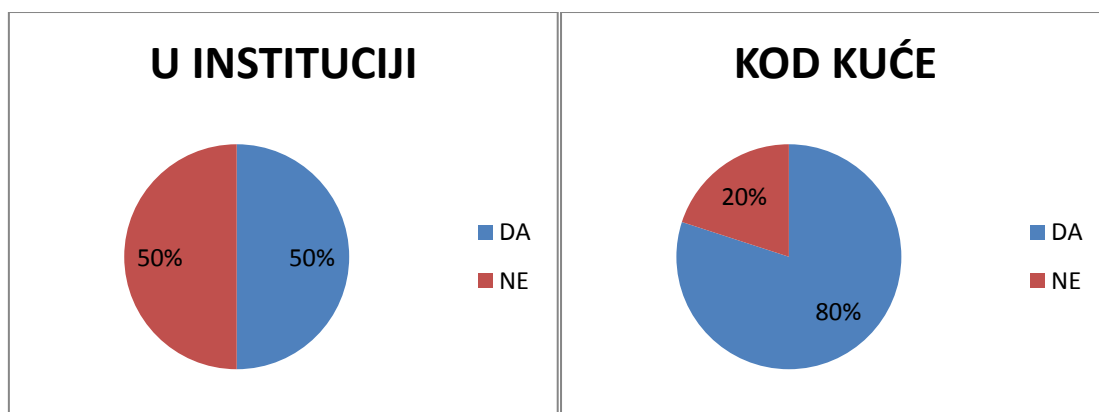
U grafikonu 9.6. prikazani su odgovori ispitanika na pitanje: „Strahujete kako vam se nešto loše može dogoditi?“



Grafikon 9.6. prikazuje rezultate na pitanje: „Strahujete kako vam se nešto loše može dogoditi?“

Podaci iz grafičkog prikaza ukazuju na to da 6 (27%) ispitanika smještenih u instituciji strahuje za svoj život, dok u općoj populaciji 18 (60%) ispitanika strahuje za vlastiti život. Sa ovom tvrdnjom se ne slaže 16 (73%) ispitanika u instituciji i 12 (40%) ispitanika izvan nje.

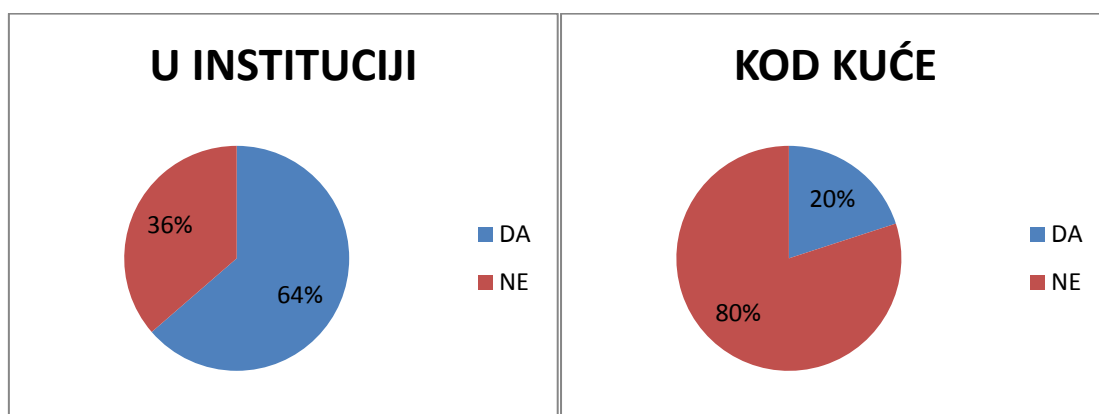
U grafikonu 9.7. prikazani su odgovori ispitanika na pitanje: „Osjećate li se sretnim većinu vremena?“



Grafikon 9.7. prikaz rezultata na pitanje: „Osjećate li se sretnim većinu vremena?“

Polovica ispitanika (11) koja je smještena u instituciju osjeća se sretnim većinu vremena, dok je druga polovica nesretna većinu vremena. 24 (80%) ispitanika koji žive u svome domu je sretna većinu vremena dok je 6 (20%) ispitanika nesretno.

U grafikonu 9.8. prikazani su odgovori ispitanika na pitanje: „Osjećate li se često bespomoćno?“

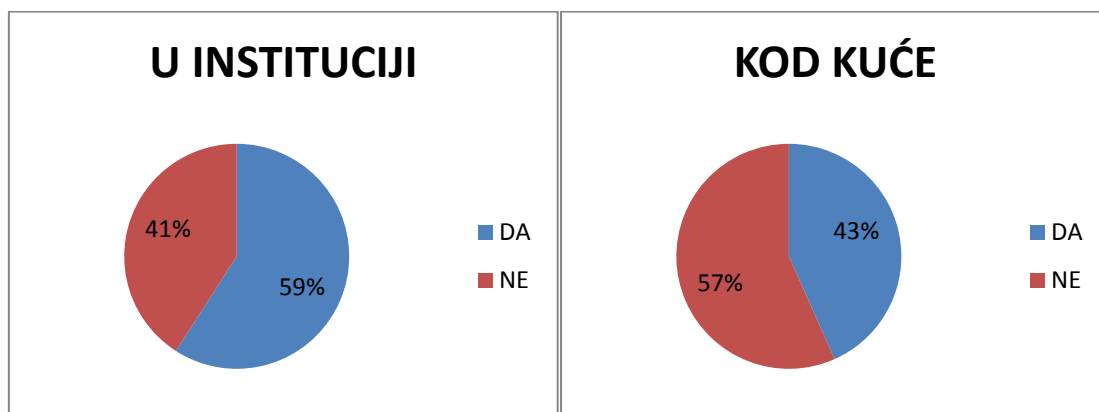


Grafikon 9.8. prikazuje rezultate na pitanje: „Osjećate li se često bespomoćno?“

Iz ovih grafikona možemo uočiti da je 14 (64%) ispitanika bespomoćno u instituciji, a izvan institucije je bespomoćno 6 (20%) ispitanika. 8 (36%) ispitanika se izjasnilo da se

u Domu za starije i nemoćne ne osjeća bespomoćno. 24 (80%) ispitanika se u svojim domovima ne osjeća bespomoćno.

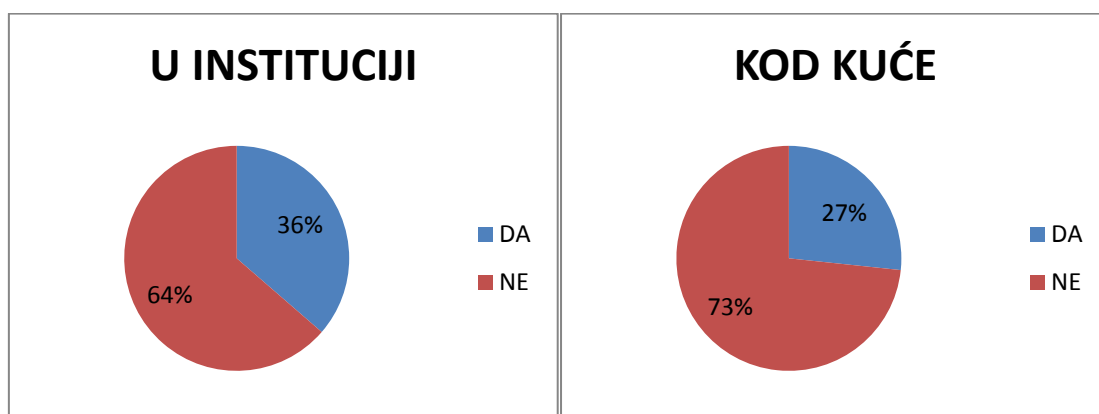
U grafikonu 9.9. prikazani su odgovori ispitanika na pitanje: „Provodite li najveći dio vremena kod kuće i teško prihvaćate nove stvari i spoznaje?“



Grafikon 9.9. prikaz rezultata na pitanje: „Provodite li najveći dio vremena kod kuće i teško prihvaćate nove stvari i spoznaje?“

Ispitanici koji žive u svojim domovima naveli su da veći dio vremena provode kod kuće 13 (43%) i 17 (57%) koji većinu vremena provode aktivno. Ispitanici iz Doma za starije i nemoćne teško prihvaćaju nove stvari i spoznaje 13 (59%), a oni koji nemaju problem prihvatiti nešto novo i drugačije 9 (41%).

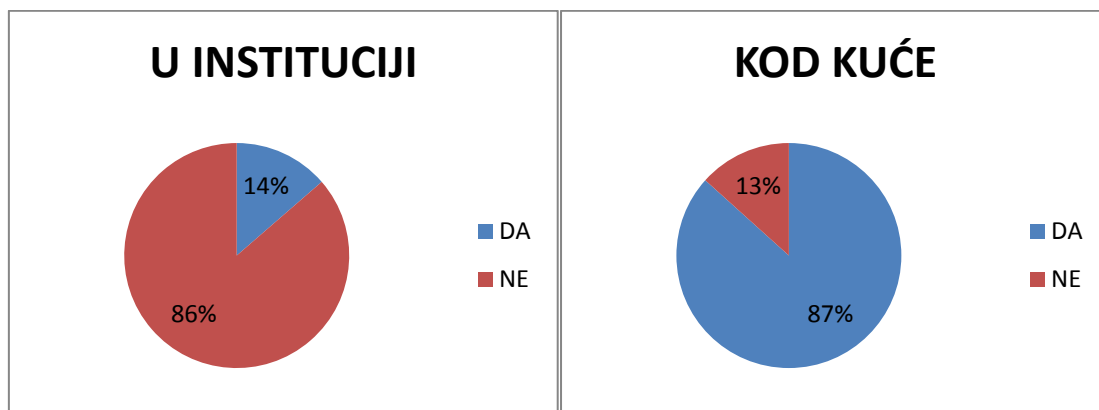
U grafikonu 9.10. prikazani su rezultati ispitanika na pitanje: „Imate li više problema u pamćenju nego većina drugih ljudi?“



Grafikon 9.10. prikaz rezultata na pitanje: „Imate li više problema u pamćenju nego većina drugih ljudi?“

S ovom tvrdnjom se slaže 8 (36%) ispitanika u instituciji i 8 (27%) ispitanika izvan nje. Problem sa pamćenjem smatraju da nemaju 14 (64%) ispitanika u instituciji i 22 (73%) ispitanika smještenih izvan nje.

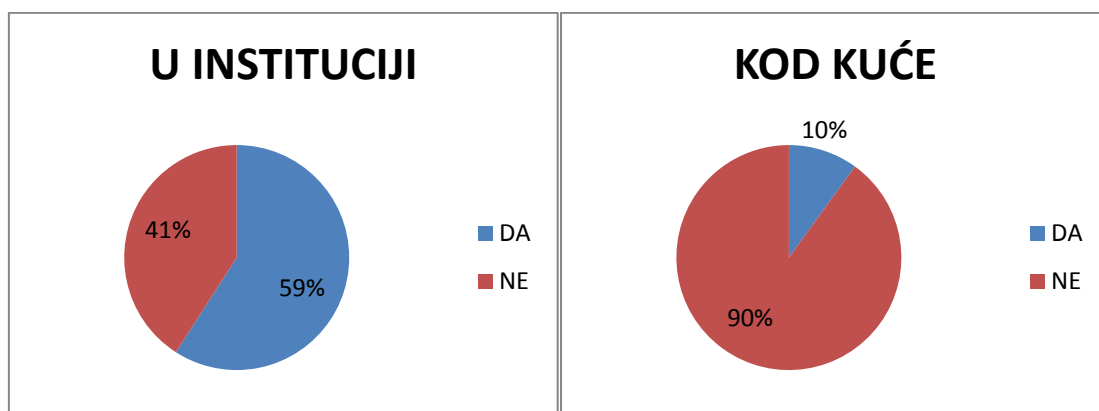
U grafikonu 9.11. prikazani su odgovori ispitanika na pitanje: „Kako je lijepo biti živ čak i bolestan?“



Grafikon 9.11. prikazuje rezultate na pitanje: „Kako je lijepo biti živ čak i bolestan?“

Rezultati dobiveni u ovim grafikonima prikazuju kako se sa tvrdnjom kako je lijepo biti živ pa čak i bolestan slaže 3 (14%) ispitanika smješteni u instituciju i 26 (87%) ispitanika smješteni u svojim domovima. Ispitani koji su ispitani u svojim domovima 4 (13%) ih se ne slaže sa navedenom tvrdnjom, dok se u instituciji ne slaže 19 (86%) ispitanika.

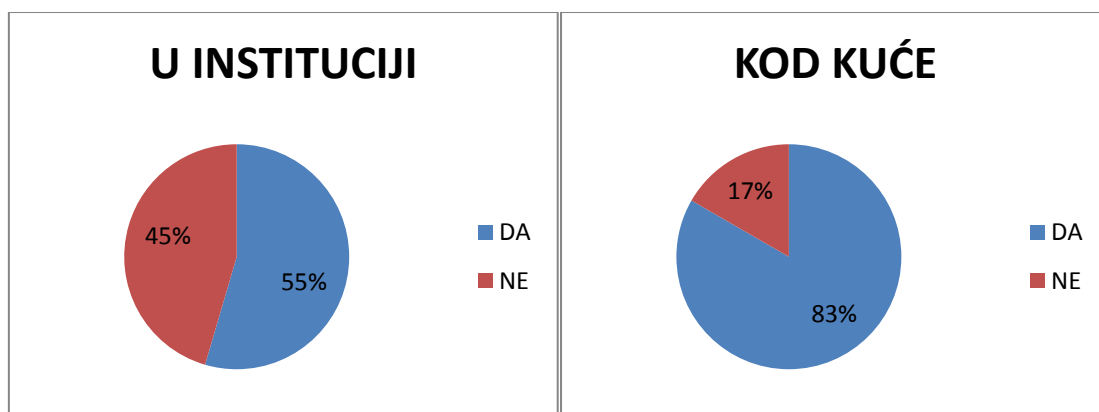
U grafikonu 9.12. prikazani su odgovori ispitanika na pitanje: „Osjećate li se bezvrijedno (ovakvi kakvi ste sada)?“



Grafikon 9.12. prikazuje rezultate na pitanje: „Osjećate li se bezvrijedno (ovakvi kakvi ste sada)?“

Podaci grafičkog prikaza pokazuju da se bezvrijedno osjeća 13 (59%) ispitanika u instituciji i 3 (10%) ispitanika izvan nje. Ispitanici koji se osjećaju vrijedno i korisno čine njih 9 (41%) koji borave u Domu za starije i nemoćne te njih 27 (90%) koji se nalaze u svojim domovima.

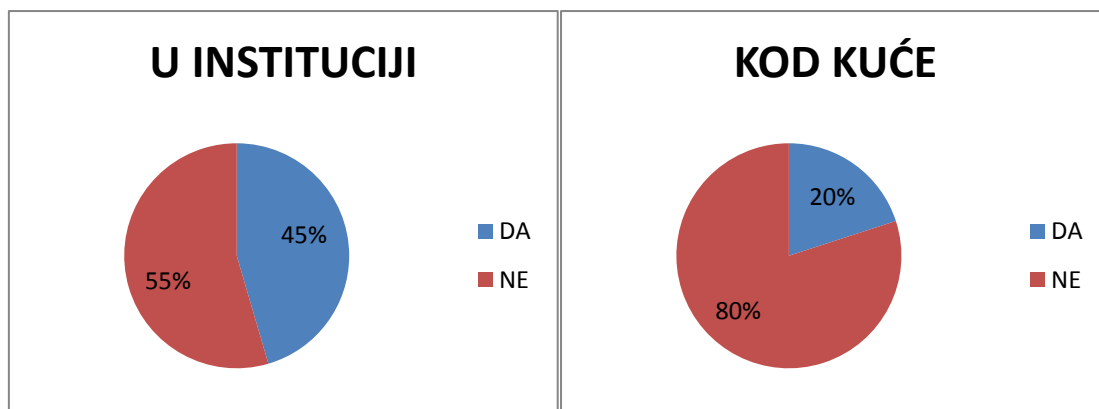
U grafikonu 9.13. prikazani su odgovori ispitanika na pitanje: „Osjećate li se puni energije i volje za aktivnošću?“



Grafikon 9.13. prikazuje rezultate na pitanje: „Osjećate li se puni energije i volje za aktivnošću?“

Prema dobivenim odgovorima u Domu za starije i nemoćne ispitanici koji imaju volje za pojedene aktivnosti te su energični čine njih 12 (55%), dok se njih 10 (45%) osjeća suprotno. Kod ispitanika smještenih u svojim domovima 25 (83%) osjeća se energično, a 5 (17%) nema volje za bavljenjem raznim aktivnostima.

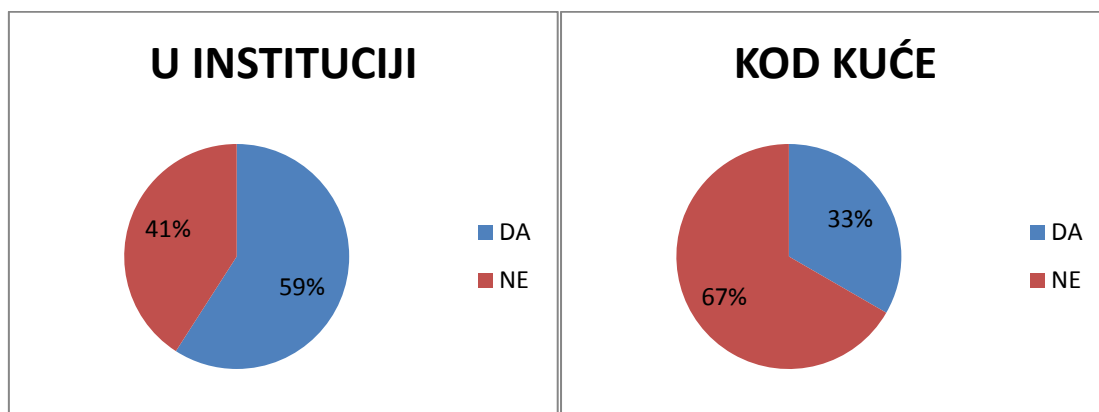
U grafikonu 9.14. prikazani su odgovori ispitanika na pitanje: „Vaša situacija je beznadna?“



Grafikon 9.14. prikazuje rezultate na pitanje: „Vaša situacija je beznadna?“

Sa ovom tvrdnjom se slaže 10 (45%) ispitanika smještenih u instituciji i 6 (20%) ispitanika smještenih izvan nje. U Domu za starije i nemoćne sa ovom tvrdnjom se ne slaže 12 (55%) ispitanika i 24 (80%) ispitanika smještenih izvan institucije.

U grafikonu 9.15. prikazani su odgovori ispitanika na pitanje: „Smatrate li da se većina ljudi bolje osjeća nego vi?“



Grafikon 9.15. prikazuje rezultate na pitanje: „Smatrate li da se većina ljudi bolje osjeća nego vi?“

13 (59%) ispitanika u instituciji smatra da se većina ljudi bolje osjeća nego oni, dok njih 9 (41%) se ne slaže sa tvrdnjom. Ispitanici ispitani kod svojih kuća njih 10 (33%) se slaže sa tvrdnjom, a njih 20 (67%) ne smatra da se drugi ljudi bolje osjećaju nego oni.

TUMAČENJE ODGOVORA:

Odgovori: ukupno 15 bodova

Na pitanje broj 1, 5, 7, 11, 13. za odgovore NE- jedan bod

Na pitanje broj 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 za odgovore DA- jedan bod

Nema depresije: 0-4 boda

Depresija srednjeg intenziteta: 5-9 boda

Depresija velikog intenziteta: 10-15 boda

Rezultati dobiveni anketom nalaze se u tablici (Tablica 9.1.).

Vrsta depresije	U INSTITUCIJI	U KUĆI
Nema depresije	3	19
Depresija srednjeg intenziteta	8	9
Depresija velikog intenziteta	11	2

Tablica 9.1 Rezultati ankete analizirani prema parametrima upitnika

10. Rasprava

U ovom istraživanju sudjelovalo je 52 ispitanika na području Međimurske županije od kojih je 22 ispitanika smješteno u Dom za starije i nemoćne, a ostalih 30 ispitanika živi u svojim domovima. Ispitanici su osobe starije od 65 godina. Zanimljivo je uspoređivati rezultate dobivene od ispitanika koji su smješteni u Domu za starije i nemoćne i ispitanika koji su smješteni u svojim domovima. Dobivenim rezultatima možemo primjetiti da depresija predstavlja velik problem psihičkog zdravlja osoba starije životne dobi. Depresija je najčešća mentalna bolest u navedenoj dobnoj skupini. Simptomi kod depresije u starijih osoba najčešće se ne manifestiraju velikim brojem simptoma, već se pojavljuje jedan, dva ili maksimalno tri simptoma koji su uznemirujući i vrlo patogeni na planu subjektivne patnje. Također, oni su i vrlo vidljivi jer se manifestiraju somatski.

[16] Na pitanje *jeste li zadovoljni svojim životom* svoj odgovor je potvrdilo 59% ispitanika smještenih u instituciji, te 87% ispitanika koji žive u svojoj kući. Nezadovoljno svojim životom bilo je 41% ispitanika u instituciji, te 13% ispitanika koji se nalaze u svojoj kući. S obzirom na dobivene rezultate vidljivo je da je više ispitanika koji žive u svojem domu zadovoljno svojim životom od onih koji su smješteni u instituciju. Preseljenje u novu sredinu je vrlo stresno za stariju osobu i vrlo često je uzrok depresije. Istraživanje provedeno na 454 uzastopna nova odlaska u starački dom pokazala je da 12,6% novopridošlih imaju depresivni poremećaj, a 18% depresivne simptome, od kojih većinu osoblje doma nije prepoznalo i ostali su netretirani. Ista je studija pokazala povećanje od 59% vjerojatnosti smrti u godini odlazaka u starački dom za osobe koje pate od depresije. [1] Od ukupno 22 ispitanika koji su smješteni u Dom za starije i nemoćne njih polovica nije zainteresirana za svakodnevne aktivnosti. Ispitanici koji žive u svojim kućama 57% se bavi svakodnevnim aktivnostima, dok 43% nije zainteresirano za bilo kakve aktivnosti. Kao što možemo primjetiti vrlo malo osoba se bavi bilo kakvim aktivnostima. Najčešće se navode razlozi kao nedostatak energije, slabost, bezvoljnost, nedostatak motivacije i slično. Svakodnevne kućanske poslove često odgađaju ili traže pomoć svojih susjeda ili obitelji. Također, 41% ispitanika smještenih u instituciju i 43% ispitanika izvan nje se slaže da je njihov život neispunjen. Nasuprot tome sa tvrdnjom se ne slaže 59% ispitanika smještenih u instituciji i 57% ispitanika koji žive u svojim kućama. Kada usporedimo rezultate dobivene u Domu za starije i nemoćne i one dobivene od ispitanika koji žive u svome domu možemo zaključiti da ima više ispitanika koji se veći dio dana osjećaju ispunjeno i zadovoljno.

Podatak od visokih 80% ukazuje na to da se ispitanici koji su smješteni u svojim domovima vrlo rijetko dosađuju. Dok s druge strane 41% osoba u domu se dosađuje. Najčešći razlozi dolaska osobe u Dom za starije i nemoćne je gubitak osobe koja ju zaštićuje, bračnog druga, gubitak mjesta boravka ili bolest. Takav proces je težak i često vodi ka usamljenosti i izoliranosti od drugih. Osoba koja se izolira od vanjskog svijeta vrlo često se dosađuje i psihički sve dublje tone. Ponekad je važno krenuti, čak i kada nam se ne da, a onda osjećaji radosti i ispunjenosti ubrzo stignu za nama. Tijekom dana bilo bi dobro pronaći priliku za druženje i bavljenje hobijima te to preporučiti starijim osobama kako bi im dan bio zanimljiviji. [17] Na tvrdnje *jeste li sretni te dobrog raspoloženja većinu vremena* dobili smo podatke da je 55% ispitanika smješteno u instituciji dobro raspoloženo i 50% se osjeća sretnim većinu vremena. Dok se ispitanici koji žive u svojim kućama osjećaju sretno 87% i 80% ispitanika je dobre volje većinu vremena. Dobiveni rezultati pokazuju da je većina ispitanika dobrog raspoloženja te da se osjećaju sretno. Sa tvrdnjom *strahujete li kako vam se nešto loše može dogoditi* slaže se 27% ispitanika smještenih u instituciji i 60% koji stanuju kod kuće. Dok se sa ovom tvrdnjom se ne slaže 73% ispitanika u instituciji i 40% ispitanika izvan nje. Iz ovih podataka možemo zaključiti da više osoba strahuje za svoj život koji žive u svome domu nasuprot osobama koji prebivaju u Domu za starije i nemoćne. Sama dijagnoza depresije je vrlo nepovoljna za osobe starije životne dobi, te samim time povećava stopu smrtnosti. Depresivan bolesnik je potišten, smanjene energije, interesa i volje, s jakim osjećajem krivnje i samooptuživanja, smetnjama samokoncentracije, gubitkom sna i teka, uz česte suicidalne misli i pokušaje suicida.[5] Rezultati dobiveni anketom na tvrdnju *osjećate li se često bespomoćno* pokazuju da se 64% ispitanika osjeća bespomoćno u instituciji, a izvan institucije 20% ispitanika. Stoga osobe koje se ne osjećaju bespomoćno čini 36% ispitanika u Domu za starije i nemoćne i 80% ispitanika u svojim domovima. Iz dobivenih rezultata zaključujemo da se više osoba koja su smještena u instituciji osjeća bespomoćno, nego one osobe koje stanuju u svojim domovima. Depresija kod starijih osoba na početku javlja se kao povišena tuga uz koju slijedi plač i razdražljivost. Takve osobe često se zatvaraju i odbijaju kontakt sa drugim ljudima. Vrlo često odbijaju i nećiju pomoć da se ih oraspoloži. Takve osobe rijetko vode računa o osobnoj higijeni, te postaju neuredne. Samo razmišljanje takvih osoba je potpuno prepušteno „crnim“ mislima i samosažaljenju. Često razmišljaju o svojoj nepravdi koju su doživjeli i zbog nemogućnosti rješavanja tog problema osjećaju se potpuno bespomoćno. Vrlo često se starije osobe osjećaju bespomoćno zbog svoje

bolesti, smanjene mogućnosti kretanja, kronične boli, smanjene energije i slično. Sa tvrdnjom kako je *lijepo biti živ čak i bolestan* slaže se 14% ispitanika smještenih u instituciji i 87% ispitanika smješteni u svojim domovima. Sa tvrdnjom se ne slaže 13% osoba koji žive u svojim domovima i 86% ispitanika koji žive u Domu za starije i nemoćne. Analizom podataka primjećujemo da je velik broj osoba smještenih u instituciji koja misle da je bolje umrijeti nego živjeti bolestan. Jedan od glavnih ciljeva kod depresivnog bolesnika je zaštita osobe od pokušaja suicida. Velik broj depresivnih osoba je barem jednom pokušalo suicid kako bi se olakšalo muka. Medicinske sestre koje rade u Domovima za starije i nemoćne imaju bitnu ulogu u ranom prepoznavanju simptoma do samog prepoznavanja suicidalnih namjera. Na anketno pitanje *provodite li najveći dio vremena kod kuće i teško prihvaćate nove stvari i spoznaje* ispitanici koji žive u svojim domovima 43% provodi veći dio vremena kod kuće, a 57% smatra da većinu vremena provode aktivno. Čak 59% ispitanika iz doma teško prihvaća nove stvari i spoznaje, dok njih 41% misli drugačije. Na temelju podataka možemo vidjeti da bez obzira na sam proces starenja još uvijek ima osoba koja slobodno vrijeme provode vrlo aktivno. Da imaju veći problem u pamćenju od većine drugih ljudi smatra 36% ispitanika u instituciji i 27% izvan nje, a sa ovom tvrdnjom se ne slaže 64% ispitanika u instituciji i 73% ispitanika izvan nje. Zaboravljivost je često prisutna kod osoba starije životne dobi. Ona također može utjecati na čovjekovu psihi. Na loše pamćenje mogu utjecati i neke negativne emocije kao što su bjes, strah, tjeskoba i dr.. Koncentracija i pamćenje kod depresivnih osoba je veliki izazov. Sa tvrdnjom *osjećate li se bezvrijedno* slaže se 59% ispitanika u instituciji i 10% ispitanika izvan nje. Ispitanici koji se osjećaju vrijedno i korisno čine njih 41% koji borave u Domu za starije i nemoćne te njih 90% koji se nalaze u svojim domovima. Na temelju podataka možemo vidjeti da visok postotak osoba koja se slažu sa ovom tvrdnjom stanuje u kući. Na pitanje *osjećate li se puni energije i volje za aktivnošću* 83% osoba koje stanuju u kući se slaže sa ovom tvrdnjom, dok njih 17% nema energiju i volju za aktivnosti. U Domu za starije i nemoćne sa tvrdnjom se slaže 55% ispitanika, dok se njih 45% osjeća suprotno. Gubitak energije, promjene raspoloženja, gubitak interesa i volje sve su to znakovi depresivnog poremećaja. Sa tvrdnjom *vaša situacija je beznadna* se slaže 45% ispitanika smještenih u instituciji i 20% ispitanika smještenih izvan nje. U Domu za starije i nemoćne sa ovom tvrdnjom se ne slaže 55% ispitanika i 80% ispitanika smještenih izvan institucije. Iz dobivenih podataka možemo vidjeti da je veći postotak osoba koja se ne slažu sa postavljenom tvrdnjom i u Domu za starije i nemoćne i kod ispitanika u svojim

domovima. *Mislite li da se većina ljudi bolje osjeća nego vi* složilo se 59% ispitanika u instituciji dok se 41% ispitanika ne slaže sa tvrdnjom. Ispitanici ispitani kod svojih kuća njih 33% se slaže sa tvrdnjom, a njih 67% ne smatra da se drugi ljudi osjećaju bolje. Kod osoba koja su smještena u Domu za starije i nemoćne uočili smo znatno veći postotak osoba koja se osjećaju lošije naspram drugim ljudima.

Od ukupnog broja anketiranih ispitanik u Domu za starije i nemoćne zaključili smo da kod troje ispitanika nisu uočeni znakovi depresije, kod osam ispitanika primjetili smo depresiju srednjeg intenziteta, te kod jedanaest ispitanika depresiju velikog intenziteta. Kod ispitanika izabranih slučajnim odabirom primjećujemo da 19 ispitanika ne pokazuje nikakve znakove depresije, njih 9 spadaju u skupinu depresije srednjeg intenziteta i kod dvoje ispitanika je primjećena depresija velikog intenziteta. Kada uspoređujemo podatke dobivene od oba uzoraka možemo zaključiti da je veći broj depresivnih osoba smješteno u Domu za starije i nemoćne. Zaključujemo da samo preseljenje u novu sredinu kod starijih osoba povećava razinu stresa što može dovesti do depresivnog poremećaja.

11. Zaključak

Jedan od javnozdravstvenih problema današnjice kod osoba starije životne dobi o kojem se vrlo malo govori je depresija. Depresija se smatra jedna od najčešći mentalnih bolesti koja se pojavljuje u svim dobnim skupinama. Smatra se da je polovica čovječanstva barem jednom tijekom života imalo blagi oblik depresije. Tijekom života svaka osoba na svoj jedinstven način susreće se sa brojnim usponima ali i padovima. Pojedine osobe svako razočaranje u životu smatraju vrlo stresnim razdobljem, te se ne znaju nositi sa tim na najbolji mogući način i tada se često javlja depresija. Takva depresivna epizoda može trajati vrlo kratko ili može potrajati i do nekoliko godina. Neke od najčešćih obilježja depresije kod osoba starije životne dobi su žalost, utučenost, neraspoloženje, slabost, bezvoljnost, pomanjkanje poticaja, beznade, bezvrijednost, besmislenost, sumnja u sebe, tjeskoba, nemir, nedostatak energije, poremećaj apetita, gubitak tjelesne težine, smanjeni libido, poremećaji spavanja, bolovi, teškoće s koncentracijom te samoubilačke misli. Usamljenost i gubitak bračnog supružnika je jedna od glavnih uzroka pojave depresije kod starijih osoba. Također, preseljenje u instituciju starije osobe smatraju izrazito stresnim. Iz navedenog možemo zaključiti da na pojavu depresije kod gerijatrijskih osoba utječe niz medicinskih, psiholoških i socijalnih čimbenika.

Kao što smo spomenuli medicinska sestra ima bitnu ulogu u poboljšanju stupnja kvalitete života kod depresivnih bolesnika. Motivacija je vrlo bitna u sestrinstvu jer se medicinska sestra aktivno uključuje u brigu čovjekovog tijela i duše. Medicinska sestra treba imati holistički pristup pacijentu i njegovoj obitelji. Pacijentu je vrlo bitno da ima dovoljno informacija o svojoj bolesti i načinu liječenja, ali i isto tako da mu se pruži psihološka pomoć kako i od strane obitelji, isto tako očekuje i podršku od medicinskog osoblja. Važno je da pacijent zna da je medicinska sestra ta koja ga je spremna saslušati, pružiti mu pomoć i podršku kadu mu je to najpotrebnije.

S obzirom na rezultate istraživanja prema kojima je vidljivo da je depresija kod starijih osoba itekako prisutna, vrlo često ostaje neprepoznata. Važna zadaća medicinske sestre je da ju na vrijeme prepozna i intervenira kako bi liječenje bilo uspješnije.

U Varaždinu, listopad 2017.

Potpis: Vlatka Kivač

12. Literatura

- [1] <https://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/viewFile/186/191>, M. Šilje: Uzroci i faktori rizika depresije kod starih osoba, dostupno 14.8.2017.
- [2] K.W. Schaie, S.L. Willis: Psihologija odrasle dobi i starenja, Naklada Slap, 2001.
- [3] N. Mimica, M. Kušan Jukić: Depresija u osoba starije životne dobi: specifičnosti kliničke slike i smjernice za liječenje, Zavod za biologijsku psihijatriju i psihogerijatriju, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, dostupno 14.7.2017.
- [4] M. Hautzinger: Depresija, Naklada Slap, 2009.
- [5] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, 2007.
- [6] <http://www.stampar.hr/hr/ocuvanje-mentalnog-zdravlja>, dostupno 20.7.2017.
- [7] A. Kunac: Depresija u starijoj životnoj dobi-uloga medicinske sestre, Split 2014. dostupno na: <https://repo.ozs.unist.hr/islandora/object/ozs%3A89/datastream/PDF/view> 20.7.2017.
- [8] <https://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Letci-za-HZJZ-Depresija.pdf>, dostupno 4.8.2017.
- [9] www.sfzg.unizg.hr/_download/repository/Depresija.ppt, dostupno 4.8.2017.
- [10] http://ss-medicinska-os.skole.hr/upload/ss-medicinska-os/images/static3/1169/File/PROJEKT_Prirucnik_I_.pdf, dostupno 14.8.2017.
- [11] <http://mz.ks.gov.ba/sites/mz.ks.gov.ba/files/MZ-vodic-za-lijecenje-depresivnih-bolesti.pdf> dostupno 2.8.2017.
- [12] Depression, section 3: Coping with chronic disorders in late life, page 346.
- [13] G. Fučkar: Proces zdravstvene njege, Medicinsko sveučilište, Zagreb 1995.
- [14] http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf, dostupno 17.8.2017.

- [15] <https://repozitorij.unin.hr/islandora/object/unin:976>, Zdravstvena njega osoba s rizikom za suicidalno ponašanje, dostupno 17.8.2017.
- [16] <https://dr.nsk.hr/islandora/object/unin%3A1120/datastream/PDF/view>, Sestrinska skrb za bolesnike oboljele od depresivnog poremećaja, dostupno 17.8.2017.
- [17] <https://hrcak.srce.hr/file/237493>, Učestalost depresije u starijoj životnoj dobi na području grada Dubrovnika, dostupno 17.8.2018.
- [18] www.unizd.hr/Portals/12/Tjedan%20Mozga/.../USAMLJENOST.pptx, dostupno 17.8.2016.
- [19] Test 4. skala za depresiju 2016., dostupno na: <http://www.stampar.hr/hr/testovi-iz-zdravstvene-gerontologije>

13. Prilozi

Prilog 1: Gerijatrijska skala depresije [19]



GERIJATRIJSKA SKALA DEPRESIJE (SKRAĆENI OBLIK)

1. JESTE LI ZADOVOLJNI SVOJIM ŽIVOTOM ?	DA	NE
2. NEMATE VIŠE INTERESA ZA SVOJE AKTIVNOSTI ?	DA	NE
3. OSJEĆATE LI DA JE VAŠ ŽIVOT NEISPUNJEN ?	DA	NE
4. ČESTO VAM JE DOSADNO ?	DA	NE
5. JESTE LI VEĆINU VREMENA DOBROG RASPOLOŽENJA?	DA	NE
6. STRAHUJETE KAKO VAM SE MOŽE NEŠTO LOŠE DOGODITI?	DA	NE
7. OSJEĆATE LI SE SRETNIM VEĆINU VREMENA ?	DA	NE
8. OSJEĆATE LI SE ČESTO BESPOMOĆNO ?	DA	NE
9. PROVODITE LI NAJVEĆI DIO VREMENA KOD KUĆE I TEŠKO PRIHVAĆATE NOVE STVARI I SPOZNAJE ?	DA	NE
10. IMATE LI VIŠE PROBLEMA U PAMĆENJU NEGO VEĆINA DRUGIH LJUDI?	DA	NE
11. KAKO JE LIJEPO BITI ŽIV ČAK I BOLESTAN?	DA	NE
12. OSJEĆATE LI SE BEZVRIJEDNO (OVAKVI KAKVI STE SADA)?	DA	NE
13. OSJEĆATE LI SE PUNI ENERGIJE I VOLJE ZA AKTIVNOŠĆU?	DA	NE
14. VAŠA SITUACIJA JE BEZNADNA ?	DA	NE
15. SMATRATE LI DA SE VEĆINA LJUDI BOLJE OSJEĆA NEGO VI?	DA	NE

TUMAČENJE ODGOVORA:

ODGOVORI: Ukupno 15 bodova

NA PITANJA BR. **1, 5, 7, 11, 13.** ZA ODGOVOR **NE** - **JEDAN BOD**

ZA OSTALA PITANJA BR. 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 ZA ODGOVOR **DA** - **JEDAN BOD**

NEMA DEPRESIJE: 0- 4 boda

DEPRESIJA SREDNJEG INTENZITETA: 5-9 boda

DEPRESIJA VELIKOG INTENZITETA: 10-15 bodova

Izvor: Prilagođeno od Sheikh JI, Yesavage JA: "Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version," in Clinical Gerontology : A Guide to Assessment and Intervention, edited by TL Brink, Binghamton, NY, Haworth press, 1986, pp.165-173. Beers MH, Berhow R: Merck Manual of geriatrics 2000:315.

Prijevod i obrada: Centar za zdravstvenu gerontologiju NZJZ „Dr. Andrija Štampar” - Referentni centar Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba

Sveučilište
Sjever

VŽ KC



MMI

SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Vlatka Kivač pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivo autorica završnog rada pod naslovom Procjena sklonosti depresiji kod starijih osoba smještenih u instituciju i izvan nje te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Studentica:

Vlatka Kivač

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Vlatka Kivač neopozivo izjavljujem da sam suglasna s javnom objavom završnog rada pod naslovom Procjena sklonosti depresiji kod starijih osoba smještenih u instituciju i izvan nje čiji sam autorica.

Studentica:

Vlatka Kivač

(vlastoručni potpis)